

How was the PRO administered?  Individual completed independently  Caregiver completed  
 Clinician interviewed individual  Clinician interviewed caregiver

**NOMS Admission Patient-Reported Outcome (PRO) Form**  
**PEDI-EAT-10: Despistaje de la Disfagia**  
**Edad: 3-17**

**Instrucciones:** Para casa frase, marque la puntuación en la casilla correspondiente.

Fuente: Serel Arslan, S., Demir, N., et al. (2018). The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool: a caregiver administered dysphagia-specific outcome instrument for children. Disability and Rehabilitation, 40(17), 2088–2092.

	<b>0</b> Sin el problema	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b> Problema serio
Mi hijo/a no gana peso debido a su problema para tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El problema para tragar de mi hijo/a afecta a nuestras posibilidades de salir a comer fuera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a le supone un esfuerzo extra tragar líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a le supone un esfuerzo extra tragar sólidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene arcadas al tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a actúa como si le doliera al tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a no quiere comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a se le queda la comida en la garganta y se atraganta al comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tose al comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a lo pasa mal al tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinician Name: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ Facility: \_\_\_\_\_

How was the PRO administered?  Individual completed independently  Caregiver completed  
 Clinician interviewed individual  Clinician interviewed caregiver

**NOMS Discharge Patient-Reported Outcome (PRO) Form**  
**PEDI-EAT-10: Despistaje de la Disfagia**  
**Edad: 3-17**

<b>Instrucciones:</b> Para casa frase, marque la puntuación en la casilla correspondiente.					
Fuente: Serel Arslan, S., Demir, N., et al. (2018). The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool: a caregiver administered dysphagia-specific outcome instrument for children. Disability and Rehabilitation, 40(17), 2088–2092.					
	<b>0</b> Sin el problema	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b> Problema serio
Mi hijo/a no gana peso debido a su problema para tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El problema para tragar de mi hijo/a afecta a nuestras posibilidades de salir a comer fuera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a le supone un esfuerzo extra tragar líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a le supone un esfuerzo extra tragar sólidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene arcadas al tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a actúa como si le doliera al tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a no quiere comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A mi hijo/a se le queda la comida en la garganta y se atraganta al comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tose al comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a lo pasa mal al tragar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinician Name: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ Facility: \_\_\_\_\_

How was the PRO administered?  Individual completed independently  Caregiver completed  
 Clinician interviewed individual  Clinician interviewed caregiver

## NOMS Discharge Patient-Reported Outcome (PRO) Form (continued)

### Encuesta de satisfacción de NOMS

<b>Instrucciones:</b> Por favor díganos lo que piensa acerca de la habilidad para tragar de su hijo/a.					
Fuente: Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (2019). Encuesta de satisfacción del Sistema Nacional de Medición de Resultados (NOMS).					
	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
Participé en la planificación y aplicación del tratamiento de mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje, comprendo mejor el problema para tragar de mi hijo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que el problema para tragar de mi hijo/a ha mejorado gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que mi hijo/a posee la habilidad de tragar necesaria para participar en diversas actividades gracias a los servicios de patología del habla y el lenguaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinician Name: \_\_\_\_\_ Patient Name: \_\_\_\_\_ Facility: \_\_\_\_\_